LA FRANCE MÉDICALE

ET

PARIS MÉDICAL

AVIS. L'imprimerie ayant été fermée jeudi, fête légale de l'Ascension, ce numéro paraît avec un jour de retard.

SOMMAIRE

Clinique médicale : Amygdalotomie ; Galvano cautère et thermocautère, Par le Dr H. Dauchez, 305. — Le massage dans les phlébites, par le Dr Censier, 306. — **Bibliographie** : Principes d'hygiène militaire par le Dr Ch. Viry, 309. — **Revue de la presse** : Morphinomanie chez un enfant de quatre mois, 310. — **Académie des sciences** : *Séance du 4 mai* 1896. — Présidence de M. A. Cornu, 310. — Hématozoaire du paludisme, 310. — Sur un procédé de photographie de la rétine, 311. — Recherches sur la sérothérapie de l'infection urinaire, 311. — **Académie de médecine** : *Séance du 12 mai.* — Présidence de M. Hervieux, 312. — Elections, 312. — Mycodermie contracturante hémorragique, 313. — Eloge de Jenner, 313. — Traitement des tumeurs malignes de l'homme par les injections de sérum d'âne normal ou préalablement inoculé avec du suc d'épithéliome, 313. — **Société médicale des hôpitaux** : *Séance du 8 mai.* — Présidence de M. d'Heilly, 314. — La scarlatine à l'hôpital des Enfants-Mal des en 1895, 314. — Gigantisme et acromégalie, 315 — **Société de médecine de Paris**, 315. — *Séance du 9 mai.* — Présidence de M. Ladreit de Lacharrière, 315. — Rapport sur la candidature Ogilvie, 315. — Un cas rare de syphilis héréditaire avec remarques sur la mératipe interstitielle, 316. — Epoque d'apparition des accidents syphilitiques du système nerveux et les trois périodes de la syphilis, 317. — Présentation d'ouvrages, 318. — **Société de chirurgie** : *Séance du 12 mai* 1896. — Présidence de M. Monod, 319. — Tumeur de la vésicule biliaire et rein flottant, 319. — Traitement de fistule entéro-vaginale, 319. — Tumeur cérébrale, 319. — Elongation traumatique des nerfs du plexus radial; Compression; Guérison, 319. — Ectasie lymphatique de l'aine; Hydrocèle; Examen du sang contenant des filaires en grandes quantités, 319. — **Nouvelles**, 319.

CLINIQUE MEDICALE

Amygdalotomie. — Galvano cautère et thermocautère.

Etude comparative au point de vue de l'exérèse de l'amygdale et de la cure radicale des angines et des amygdalites.

Par le Dr H. Dauchez (1)

Ancien chef de clinique adjoint à l'Hôpital des Enfants
Ancien interne des hôpitaux.

Plusieurs faits, dont nous avons été témoin récemment en ville, nous ayant permis de contrôler les résultats éloignés des divers procédés cliniques les plus usités dans la cure radicale des amygdalites ou des angines, nous avons pensé qu'il serait utile de mettre en parallèle les trois méthodes d'exérèse amygdalienne, en citant les deux faits qui nous ont servi de point de départ dans cette courte étude, dont les conclusions ne sauraient à coup sûr être fermes, eu égard au nombre trop restreint d'amygdalotomies dont nous avons été témoin.

A. — Au mois de janvier 1887, nous adressions à l'un de nos amis, très habile chirurgien des hôpitaux, une petite fille de trois ans (Marie Mome), atteinte d'hypertrophie considérable des amygdales. Celles-ci furent enlevées très brillamment à l'amygdalotome.

Néanmoins, en mars 1895, l'enfant fut prise d'une violente angine diphtéritique, constatée bactériologiquement à l'Hôpital des Enfants, traitée au service d'isolement et guérie au bout d'un mois, grâce aux injections de serum.

B. — Le 20 février 1896 nous étions appelé rue Saint-Placide chez M. Ber..., dont le fils âgé de 10 ans était atteint d'une amygdalite très aiguë survenue pour la troisième fois depuis moins d'un an, *malgré 12 séances* de cautérisations amygdaliennes au galvanocautère. Celles-ci avaient été faites par un de nos plus distingué collègues d'internat, très habitué à pratiquer ces opérations.

Ce procédé avait donc été défectueux et n'avait pas empêché une série de récidives...

C. — En regard de ces deux insuccès, nous pouvons mettre en balance huit malades opérés par nous, en cinq ou six séances, au moyen du thermocautère, suivant la méthode adoptée par notre excellent maître M. le Dr Saint-Germain.

Cette série de huit malades peut se décomposer comme il suit :

1° M. Bou, 20 ans. — Six amygdalites et deux angines diphtériques antérieures aux cautérisations ignées ; opéré en 1884 ; depuis 12 ans aucune récidive, sauf une légère pharyngite durant 24 heures en 1889 ;

2° Mlle Marie-Louise N..., 10 ans. — Amygdalites trois fois par an pendant quatre années consécutives; même traitement; guérison absolue depuis 3 ans.

3° Mme Marie-Eugènie L..., 30 ans; douze à quinze amygdalites en 6 ans; quatre séances de cautérisation au thermocautère ; guérison absolue depuis 5 ans.

4° M. Joan..., 42 ans; hypertrophie considérable des amygdales; amygdalites à répétition; éradication complète des amygdales au thermocautère ; la guérison se maintient absolue depuis 12 ans.

5° Mme Julienne Pr..., id. ; guérison radicale depuis 8 ans.

(1) Communication à la Société médicale du VIe arrondissement (mars 1896).

6° Mlle Chob..., 30 ans ; plusieurs angines diphtéritiques; guérison radicale depuis 4 à 5 ans.

7° Maria Fl... ; 26 ans ; plus de 20 amygdalites ; échec par les topiques médicaux les plus variés ; abcès amygdaliens ; 5 séances de thermocautère ; guérison depuis 2 ans.

8° Mme Van..., 24 ans ; angines et amygdalites à répétition ; même traitement ; même résultat.

Sur ces huit malades, deux seulement (les nos 1 et 3) ont eu en 12 ans, ou en 5 ans, une seule fois une légère poussée de pharyngite sans fièvre et sans retentissement local ni ganglionnaire.

Les résultats de ces cautérisations ignées prouvent tout au moins, que la méthode est bonne, sinon meilleure que l'amygdalotomie et l'application du galvano-cautère, *dans certains cas du moins.*

Nous dirons, de plus, qu'elle est des plus faciles avec ou sans cocaïnisation, si le malade ouvre largement la bouche. L'ouvre-bouche de M. de Saint-Germain, du Dr Legroux, ou même le simple abaisse-langue permettent même très facilement de découvrir les amygdales. Un étui en liège qui coiffe, comme le conseillait le Prof Verneuil, le couteau du thermocautère, dispensera même de l'ouvre-bouche parfois mal toléré des malades.

Bien qu'on ait recommandé la pointe courbe du thermocautère, nous préférons personnellement le couteau plat du thermocautère, celui-ci détruisant plus profondément, en surface, et égalisant mieux les amygdales à modifier ou à détruire.

Trois, quatre ou six séances suffiront presque toujours (Saint-Germain).

Grâce à la sclérose amygdalienne ainsi obtenue, le moignon cicatriciel de l'amygdale devient un terrain si infertile, si ingrat, pour le bacille de Lœffler et les streptocoques, qu'on peut prédire à coup sûr que la diphtérie n'entrera plus par cette voie si commune, par ce lieu d'élection, par cet organe favori de la diphtérie, du moment qu'il aura été détruit de fond en comble.

Sans doute, la cautérisation au thermocautère s'appliquera surtout aux amygdales de moyen volume, débordant par les piliers, c'est-à-dire aux amygdales difficiles ou impossibles à couper, et cependant s'enflammant si souvent chez certains sujets.

Les amygdales très volumineuses, très scléreuses, seront plus longues et plus difficiles à traiter par ce procédé. Mais en outre de son innocuité, il n'exposera jamais aux hémorragies mortelles citées par Broca, Tillaux et par d'autres chirurgiens non moins distingués.

Loin de nous la pensée de vouloir combattre l'amygdalotomie, le morcellement (bien que ce procédé soit souvent assez difficile à bien appliquer) — nous avons seulement voulu montrer que le galvano-cautère et l'amygdalotomie ne mettent *pas toujours* à l'abri de récidives, tandis que la *destruction profonde* de l'amygdale par le thermocautère supprime presque à coup sûr la principale porte d'entrée de la diphtérie.

Le massage dans les phlébites (1)

Par le Dr Censier

Depuis quelque temps, on parle beaucoup du massage dans les phlébites, on en parle même peut-être trop. Il y a à Paris un docteur qui a pu dire : les phlegmatia, je n'en ai plus dans ma clientèle ; dès que je vois, chez une de mes accouchées, la température monter et quelques symptômes s'indiquer du côté des membres, je masse, je masse tout le membre, je masse le trajet de la veine, je m'oppose à la coagulation, tout disparaît, adieu la phlébite et toutes ses conséquences.

Je ne m'attarderai pas à discuter devant vous cette opinion *extrême*. Cependant, certains accoucheurs font masser volontiers de très bonne heure leurs phlébites; je suppose, et je le leur souhaite, qu'ils les confient à des mains très légères et très expérimentées, très prudentes et très instruites.

Un de nos plus savants maîtres, pas un accoucheur, celui-ci, m'a dit, si je l'ai bien compris, qu'il appréciait le massage au point de vue même du rétablissement de la perméabilité des vaisseaux intéressés.

D'autres ont conservés les vieux errements, l'immobilisation prolongée avec toutes ses conséquences d'œdème tenace, de fonte musculaire, de transformation des tissus, de raideurs articulaires. Le massage aura fort à faire plus tard pour remettre tout cela dans l'ordre ; c'est un autre extrême, peut-être, une prudence pouvant aller jusqu'à l'excès, mais qu'il est difficile de blâmer absolument.

Seulement, de ces opinions dissemblables, des courants divers d'appréciations qu'elles engendrent sont nées aussi des idées diverses sur le traitement que nous pratiquons à Bagnoles-de-l'Orne.

On m'a dit : vous traitez les phébites à Bagnoles, vous avez de bons résultats, ce n'est pas étonnant, vous les massez. Ou, au contraire : envoyer des phlébites à Bagnoles, mais le déplacement, le voyage, les difficultés de la mise au bain, l'excitation même que produit l'eau minérale sur la circulation, et les imprudences de toutes sortes qui peuvent être commises par les malades et leur entourage, la rage du massage qui sévit dans les stations thermales où le client peut se laisser influencer par un praticien trop zélé.

Il est évident que, quant aux difficultés du transport, c'est là le point qui décide souvent de l'opportunité de la cure et du moment où elle peut être con-

(1) Communication à la Société de Médecine, séance du 25 Avril 18

mencée; mais, sitôt que le voyage est possible, je puis dire que la balnéation l'est également. Je reçois chaque année des malades apportés dans leurs gouttières pour lesquels le traitement hydrominéral est le commencement d'une amélioration rapide. D'autre part, les personnalités de la nouvelle administration qui vient de prendre la direction de l'établissement thermal nous donnent grande confiance dans les améliorations progressives qui seront apportées à toutes les parties de nos services.

Mais c'est pour répondre à l'opinion très favorable au massage d'une part, et de l'autre à des craintes trop grandes sur ce même sujet, que j'ai engagé l'auteur de ces pages à tracer les lignes de démarcation qui qui peuvent répondre aux cas divers que nous avons à envisager; elles me semblent aussi s'adresser suffisamment aux cas de la pratique générale pour pouvoir vous intéresser.

Mme Rivière, (1) qui passe en revue les divers articles du programme thérapeutique que j'ai posé pour discuter les applications de massage qui pouvait convenir à certains, s'arrête donc d'abord à l'article I qui est ainsi formulé.

I. — *La spécialisation dans le traitement des suites de phlébites, des varices douloureuses et de tous les engorgements veineux de cause médicale, tous les œdèmes de cause circulatoire veineuse primitive, sans faire abstraction de ceux dont la cause initiale dépend de certaines lésions peu avancées du cœur.*

Puis notre auteur s'exprime ainsi :

« Ce premier article nous met de suite aux prises avec ce que le massage peut rencontrer ici de plus délicat, de plus discutable, et qui restera, pour nous, l'objet d'une grande réserve. Nous savons que le massage dans le traitement des phlébites est à l'ordre du jour et que certains praticiens paraissent vouloir tendre à en faire un des principaux moyens applicables à cette maladie; nous avons même à ce sujet, entendu émettre certaine théorie de désagrégation du caillot aussitôt sa formation.

Il n'est pas de notre compétence de discuter une question aussi grave et de chercher, dans les diverses formes de phlébites, celles pour lesquelles le massage pourra être pratiqué et de quel genre de massage il s'agira alors.

« C'est à Bagnoles-de-l'Orne que nous avons pour la première fois été appelée à intervenir dans ces affections; nous y avons d'abord suivi avec beaucoup d'intérêt le traitement par le massage dont M. le Dr Censier a voulu faire bénéficier, en le pratiquant lui-même, une malade indigente à laquelle une première saison balnéaire n'avait pu procurer que très peu d'amélioration, vu l'état d'infiltration œdémateuse, de dégénérescence des tissus, d'adhérences articulaires et d'ankylose, et nous avons été frappée des résultats rapides obtenus en cette circonstance par la combinaison du traitement balnéaire et du massage. La malade apportée d'abord sur une civière et descendue à bras dans sa baignoire pouvait à la fin de sa saison marcher avec l'aide de cannes, et revenait l'année suivante, aussi alerte que jamais, affirmer sa guérison.

« Tel est certainement un résultat des plus encourageants dans le traitement de telles suites de phlébite, mais il est juste de remarquer qu'une intervention plus précoce aurait pu empêcher de semblables désordres de se produire. Il y a lieu aussi de relever ce fait que ce massage, qui a dû être, dans la circonstance, sévère, énergique, ne vient nullement en contradiction avec la prudence extrême que nous croyons être la règle de tous les médecins dirigeant les cures des phlébites à Bagnoles, et qui sont plutôt disposés à proscrire le massage comme règle générale, et à garantir, avec raison, leurs malades contre une intervention de ce genre, à laquelle ils pourraient être entraînés à recourir en dehors de leur direction; la preuve même en est dans le soin avec lequel ils recommandent aux baigneurs d'éponger et non de frotter, pour les sécher, les membres atteints de phlébite, ce qui a pour but, outre l'avantage de ne pas enlever le dépôt de glairine, d'arrêter tout froissement et tout choc sur les caillots qui peuvent remplir les veines.

« A cette grande réserve relative au massage il y a en outre des motifs divers que nous croyons pouvoir indiquer ici, d'après les explications et les recommandations qui nous ont été faites à maintes reprises sur leur sujet. Quelle que soit, d'ailleurs, la manière de voir des praticiens qui ordonnent le massage dans le traitement des phlébites, et les cas dans lesquels ils jugent devoir y recourir, il y a à Bagnoles un élément dont il importe avant tout de tenir compte: l'action de l'eau minérale qui fait même sa spécialisation. De ce fait que l'eau agit énergiquement sur la circulation veineuse et paraît réveiller la vitalité et la tonicité des vaisseaux de ce système, il peut y avoir contre-indication à venir, par des manœuvres directes, ajouter quelque chose à cette réaction favorable, et danger d'en dépasser la mesure. La règle doit donc être, dans les cas les plus nombreux, de laisser agir l'eau minérale, de lui demander ce qu'elle peut donner en en surveillant les effets, et de ne venir que plus tard les compléter, si cela est jugé nécessaire, par d'autres moyens qui peuvent être l'emploi de douches très brisées et de massages très circonspects et éclairés.

« Voilà, pour les cas les plus nombreux, ce que l'on pourrait appeler les cas moyens, dans lesquels la période inflammatoire a été dépassée, et qui ont besoin de réagir contre le manque de tonicité et de vitalité des vaisseaux et des tissus, et la circulation défectueuse des membres intéressés.

« Mais à côté de ceux-ci, au-dessus d'eux, il y a

(1) Le massage médical et chirurgical à Bagnoles-de-l'Orne par Mme Rivière, diplômée, masseuse des hôpitaux. (Paris, 8e Carré, 1896.)

d'abord les cas où la période inflammatoire n'a pas été dépassée, où l'état du caillot donne des doutes sur sa solidité et son adhérence, et encore ceux où l'inflammation phlébitique est si facilement réveillée que l'action simple de l'eau minérale peut déjà la faire renaître et exige dans son application une grande prudence, des ménagements, des tâtonnements répétés. Pour ces cas nous n'avons pas à insister, le massage doit être formellement contre-indiqué, sauf cependant lorsque l'inflammation paraît se bien limiter à la paroi de la veine et les coagulations avoir peu de tendance à se faire ; alors il y a peu ou pas d'œdème, mais la circulation veineuse est un peu difficile, réveille de la sensibilité, la région est douloureuse ; ici un massage, limité à un effleurage modéré et très méthodique, peut soulager le malade et contribuer à la non coagulation intraveineuse, faire disparaître l'œdème périvasculaire.

« Enfin, en sens inverse, au-dessous des premiers cas que nous avons examinés, se présentent au contraire les cas torpides, souvent déjà anciens, dans lesquels se sont produites des coagulations dans les veines de gros calibres, avec adhérences et organisations rapides, puis transformation fibreuse de ces vaisseaux oblitérés; d'où circulation insuffisante, mauvaise nutrition, œdème et dégénérescences diverses, compliquées ou non d'ankyloses articulaires. Ce sont là des cas relevant nettement du massage, dans lesquels l'action de l'eau minérale, après avoir agi efficacement pour la réfection de la circulation et la diminution de l'œdème, sera insuffisante pour compléter, au moins assez rapidement, l'œuvre de régénérescence des tissus et de réintégration des fonctions articulaires. Mais alors ce n'est plus à la phlébite que le massage s'adresse, mais bien aux suites de la phlébite, à l'état qu'elle a créé de dégénérescence acquise des tissus et physiologique des fonctions.

« Il n'en sera pas moins nécessaire d'avoir recours à un massage scientifique, s'adressant avec tous ses procédés à chaque groupe musculaire, à chaque fonction de ces muscles et à celles des articulations qu'ils régissent, ménageant comme il convient les interstices où passent les vaisseaux et les nerfs.

« Telle est, croyons-nous, la manière dont on doit envisager le massage dans le traitement des phlébites et suites de phlébites; il en ressort naturellement l'efficacité que peut avoir cette intervention dans le traitement du processus variqueux et de tous les états d'engorgements veineux et d'œdèmes de cause circulatoire. »

Ainsi vous le voyez, Messieurs, le massage ne fait pas le fond de notre traitement des phlébites à Bagnoles où je le crois plutôt contre-indiqué d'une manière générale, laissant à l'action de l'eau minérale manifester sa spécialisation. Cependant, on vient de vous énumérer les cas dans lesquels je puis être amené à ordonner le massage, un massage très circonspect et instruit, agissant d'ailleurs un dehors du foyer de la coagulation et simplement comme adjuvant favorable, quelques fois nécesaire, à l'obtention de progrès rapides.

Je voudrais maintenant généraliser ces indications au traitement qui peut être pratiqué en dehors de la cure thermale; je voudrais m'affirmer en disant que je crois qu'au cas seulement dont je vous ai parlé, avec un peu plus de généralisation et de précocité peut-être, lorsqu'il est le seul traitement applicable, doit se borner le massage dans les phlébites ; il peut être utile, par exemple, lorsque l'atteinte phlébitique s'est portée sur une grosse veine du membre inférieur créant d'emblée l'œdène classique de la phlegmatia, de ne pas attendre trop longtemps pour aider la circulation en retour par les vaisseaux destinés à la suppléance, pour lutter contre la tendance à la fonte musculaire, aux ankyloses et aux dégénérescences de tissus; mais quant au rétablissement de la perméabilité de la veine oblitérée, s'il peut se faire, ce doit être par un processus de résorption auquel on pourra seulement aider par les moyens thérapeutiques les plus convenables, et malheureusement il est vrai très circonscrits et peu actifs, mais auxquels devra rester étrangère toute manœuvre directe de massage. Je crois qu'il est grave de laisser se manifester sans protestation des idées telles que celles que j'ai trouvé l'autre jour exprimées dans cette petite brochure d'un praticien attaché aux hôpitaux, dit-il.

Il me l'envoyait la veille du jour où il venait me demander s'il trouverait une bonne saison d'été à faire à Bagnoles, si j'y aurais beaucoup de malades à lui confier ; je ne l'ai pas encouragé, j'avais ouvert précisément son factum à l'article phlébite et voici ce que j'y avais lu :

« Ici, il faut être prudent et ne pas oublier qu'on s'adresse à une affection essentiellement aiguë. On ferait une mauvaise besogne si l'on détachait brusquement le caillot organisé dans une veine, car on déterminerait souvent une embolie mortelle.

« Il faut se rendre compte du volume du caillot, placer une main à plat au-dessus et comprimer le canal de la veine; c'est alors qu'on frotte très doucement de l'autre main la partie veineuse oblitérée de façon à morceler lentement le caillot ; et, lorsqu'on croit avoir détaché quelques parcelles de celui-ci, on soulève légèrement la main qui comprime pour leur laisser passage.

« C'est en renouvelant plusieurs fois ce procédé dans une séance qu'on arrive à réduire le noyau sanguin de façon à ce qu'il ne soit plus assez gros pour déterminer des accidents irréparables. »

Et l'auteur ajoute : « Dans ces sortes d'opérations il est bon d'être toujours assisté du médecin qui doit rester seul juge du traitement. »

Je n'ai pas lu, Messieurs, le reste du petit livre, et je ne vous l'offre pas comme un modèle de connaissances cliniques et thérapeutiques ; je ne chercherai même pas à quel nombre de cas un semblable procédé serait anatomiquement applicable, sans compter la diversité des modes cliniques de phlébites ; mais j'ai tenu à montrer ici ce qui pouvait être publié par un praticien du massage dont un confrère m'a dit d'ailleurs beaucoup de bien, et qui n'a certainement pas écrit ces lignes sans s'y croire autorisé par certaines idées scientifiques sinon admises du moins cherchant à se faire jour.

Un confrère de la campagne, qui se dit grand adepte du massage, n'a-t-il pas propose le broiement du caillot derrière une ligature placée sur la veine et qu'on lèverait ensuite ; c'est avant ce dernier temps de l'opération qu'il faudrait, je crois, s'arrêter et ne pas ouvrir l'écluse à ce torrent de facteurs inconnus. Notre collègue M. Berne a parlé autrement prudemment dans son livre et je crois que nos opinions sont sœurs.

Je ne voudrais pas non plus donner à la question plus d'importance qu'elle ne doit en avoir ; mais il suffit que de semblables théories puisse se croire en droit de s'exprimer de la sorte, pour que il m'ait paru intéressant et peut-être utile de ne pas les laisser passer trop inaperçues.

Nous connaissons tous, si nous ne les avons vus de près, des faits comme celui auquel je viens d'assister. Un de mes amis chez qui je vais un matin vers dix heures, me prie de voir la femme de son domestique qui se plaignait de quelques douleurs dans une jambe ; comme elle avait eu, il y a trois ans, une phlegmatia puerpérale, qu'elle venait encore d'accoucher il y a deux mois on tenait à être fixé.

Quinze jours après ses dernières couches, elle était rentrée dans une place où elle fatiguait beaucoup ; depuis deux ou trois jours, elle avait commencé à souffrir de la jambe opposée à celle de la première phlegmatia et était restée couchée depuis la veille. Cette femme ne présentait nuls symptômes généraux ; je ne constatai pas d'œdème, bien qu'il y en eut eu, paraît-il, un léger comme tous les soirs d'ailleurs, et explicable simplement par l'existence de quelques varices internes. En examinant avec soin la région douloureuse, je reconnus l'induration au tiers moyen de la jambe de la saphène interne dans laquelle s'était formée une coagulation. Pendant cet examen la malade fut prise d'une crise de larmes et d'un peu de suffocation que j'attribuai à l'émotion de ma visite chez un sujet d'ailleurs excitable ; je recommandai à son mari de la calmer, je donnai mes instructions de repos absolu et d'enveloppement du membre. Une heure après de la paralysie d'un bras survenait, et l'on appelait en hâte un médecin du quartier qui, ignorant la localisation, prononçait d'abord le mot de crise d'hystérie. A minuit, cette femme était morte, sans que je l'aie revue, avec les symptômes, m'a-t-on dit de paralysie progressivement généralisée et d'hyperthermalite rapidement ascendante.

Je ne sais si c'est sur des faits de ce genre que s'appuient les propagateurs de l'idée nouvelle, mais il leur faudra plutôt, je le crois, s'incliner devant la multiplicité des facteurs et des formes de l'affection phlébitique, devant ses allures variables et imprévues ; et même, dans les cas d'apparence les plus simples, pouvant se prêter le mieux au procédé, il reste encore à se demander quelles seraient les suites d'une intervention que je ne sais pas avoir encore été pratiquée et pour laquelle je n'éprouve certainement aucune sympathie.

BIBLIOGRAPHIE

Principes d'hygiène militaire, par le Dr Ch. Viry médecin principal de 1re classe, directeur du service de santé du 2e corps d'armée. Chez L. Bataille et Cie éditeurs.

Le Dr Ch. Viry vient de publier un nouveau volume d'hygiène militaire qui complète heureusement ceux qu'il a déjà fait paraître et qui lui ont valu avec son enseignement sa légitime réputation d'hygiéniste militaire. Son premier livre, *Manuel d'hygiène militaire*, était la reproduction de son cours professé à l'école de Saint-Cyr ; l'autre, son *Hygiène militaire* publiée dans l'*Encyclopédie d'hygiène et de médecine publique*, dirigée par M. Jules Rochard, est un exposé s'adressant plus particulièrement au corps médical ; celui qui vient de paraître est un résumé lumineux et précis de l'état actuel de l'hygiène militaire plutôt qu'un traité didactique. Est-ce un défaut ? assurément non, puisque l'auteur ne la présente pas comme tel et que s'il n'a pas l'allure dogmatique, si en certains points il semble manquer un peu du ciment dont on joint d'habitude les pierres d'un semblable édifice, il a l'avantage d'être littéraire en même temps que scientifique et de réunir l'ensemble des qualités qui forcent l'intérêt du lecteur et lui font poursuivre jusqu'au bout la lecture commencée.

L'ensemble est bien compris, l'ordre est logique, les chapitres sont bien coupés, les exemples bien choisis. L'exposé de chacune des questions est précédé d'un intéressant résumé historique et de quelques notions précises sur ce qui se passe à l'étranger, toutes choses fort utiles pour faire apprécier à sa valeur ce qui se fait actuellement dans l'armée française.

Quelques chapitres méritent une mention spéciale, notamment ceux qui traitent de l'éducation militaire

et particulièrement l'éducation hygiénique que les médecins militatres doivent donner à l'armée, de l'habitation du soldat, de la prophylaxie hygiénique des principales maladies du soldat et quelques chapitres qui, bien que d'une moindre importance, présentent un intérêt très réel par la manière dont ils sont traités, tels ceux qui ont trait à la criminalité, au duel, au suicide, au tatouage dans l'armée.

Des notes et des addenda insérés à la fin du volume et ne comprenant pas moins de soixante-quinze pages complètent l'ouvrage et indiquent les documents les plus importants parus depuis le début de la mise en page jusqu'au jour de la publication.

On peut vraiment dire de ce livre qu'il est un bon livre, que doivent lire et que liront certainement avec intérêt les médecins militaires de l'armée active et avec autant de profit que d'intérêt les médecins de la réserve et de l'armée territoriale et tous les officiers instruits et soucieux de la santé de leurs hommes.

Dr P. Bouloumié.

REVUE DE LA PRESSE

Morphinomanie chez un enfant de quatre mois. — Un enfant de quatre mois est placé chez une nourrice qui l'alimente au biberon. Comme l'enfant est agité et crie souvent la nuit, quelquefois même ne dort pas du tout, la nourrice, pour le faire dormir, ne trouve rien de mieux que d'ajouter au lait une décoction de têtes de pavot. D'abord, un seul suffit, ensuite, il fallait faire une infusion de trois pavots, qu'elle lui donnait généralement le soir. L'enfant s'endormait alors très rapidement et dormait sans se réveiller six à huit heures. Au réveil, il était très dispos, ne criait jamais et mangeait très bien. L'enfant est pâle, chétif, très maigre. Son développement physique n'a pas progressé dans les deux derniers mois. Dès qu'on le privé de la décoction de pavot, il devient agité, crie constamment, refuse de prendre le biberon. Au bout d'une semaine, pendant laquelle le pavot fut absolument proscrit, on trouve l'enfant très affaibli, la respiration est fréquente, le pouls est fréquent et faible, la température rectale de 37°. Le médecin fait faire alors une décoction de deux têtes de pavot qu'on donne à l'enfant dans un peu d'eau. L'enfant était si faible qu'il ne pouvait pas retenir la tétine, mais à mesure que le liquide est absorbé, l'enfant s'anime, la succion devient de plus en plus énergique, et la bouteille est bientôt vide. L'enfant s'est endormi pendant quelques heures; au réveil, on le trouve transformé : frais, dispos, l'air très bien portant. Dès qu'on cessait de donner la décoction de pavot, les selles devenaient verdâtres, mélangées de mucus, d'une odeur nauséabonde. L'enfant a succombé dix jours après. (*Dietskaya medizine* n° 2 1892, et *Journ. de clin. et de thérap. inf.*

ACADÉMIE DES SCIENCES

Séance du 4 mai 1896. — Présidence de M. Cornu.

Hématozoaire du paludisme. — M. A. Laveran. Dans ces dernières années, j'ai eu fréquemment l'occasion d'examiner des malades qui avaient contracté la fièvre palustre au Tonkin, au Dahomey ou à Madagascar, et j'ai retrouvé dans leur sang le parasite que j'ai décrit pour la première fois en 1880, alors que j'étais à Constantine. Le microbe du paludisme se présente, dans le sang de ces malades, comme dans le sang des malades d'Algérie, sous deux formes principales : 1° corps amiboïdes libres ou adhérents aux hématies, presque toujours pigmentés; 2° corps en croissant. Les flagelles auxquels les corps amiboïdes et les corps en croissants peuvent donner naissance ont été rencontrés plus rarement qu'en Algérie, ce qui s'explique par ce fait que tous les malades rapatriés étaient atteints de paludisme chronique et avaient fait un fréquent usage de la quinine.

J'ai retrouvé ces mêmes parasites dans du sang desséché qui m'a été envoyé des Indes, de l'île Maurice et de Rio de Janeiro.

Les recherches, entreprises depuis quinze ans par les médecins de tous pays où règne le paludisme, démontrent, comme les miennes, que partout le parasite du paludisme se présente avec les mêmes formes; les travaux publiés à ce sujet sont aujourd'hui trop nombreux pour que je puisse songer à en faire ici même une simple énumération.

Il était intéressant de faire ces recherches sur un grand nombre de points ; on pouvait supposer en effet que dans les pays où l'endémie palustre est très grave, comme à Madagascar, il existait des parasites spéciaux; cette hypothèse admise par quelque auteurs a été démentie par les faits.

Les conditions de terrain et de climat influent sans doute sur le microbe du paludisme qui dans certains milieux acquiert une énergie redoutable, tandis que dans d'autres il dégénère, mais c'est là une loi générale pour tous les êtres; la virulence des microbes pathogènes varie beaucoup avec les milieux de cultures; les plantes et les animaux des régions tropicales, transportés dans nos climats, dégénèrent le plus souvent.

La pullulation plus rapide des parasites dans le sang ou les dimensions un peu plus grandes qu'ils atteignent suffisent à expliquer la gravité du paludisme dans les pays chauds. En examinant le sang des malades qui avaient contracté la fièvre à Madagascar, j'ai été frappé plusieurs fois de voir que les corps amiboïdes étaient nombreux dans le sang et que la plupart d'entre eux avaient des dimensions supérieures à la moyenne. Or, ce sont là des conditions très favorables à la production des accidents graves connus sous le nom d'*accès pernicieux*.

J'ai montré que, dans les accès pernicieux à forme cérébrale, les capillaires du cerveau étaient remplis d'éléments parasitaires pigmentés; l'abondance des parasites dans les capillaires du tube digestif a été signalée à plusieurs reprises chez des sujets qui avaient succombé à des formes abdominales.

Un certain nombre d'observateurs admettent l'existence de plusieurs espèces de parasites du paludisme; les microbes de la fièvre tierce seraient différents de ceux de la quarte

et il y aurait une espèce spéciale de parasites donnant naissance aux fièvres irrégulières.

Les observations des malades venant du Tonkin, du Dahomey, ou de Madagascar, comme celles que j'avais recueillies précédemment en Algérie, s'accordent mal avec cette opinion.

Le fait que, sur les points du globe les plus éloignés les uns des autres, on trouve les mêmes formes parasitaires toujours associées tend déjà à démontrer que ces formes ne sont que des aspects différents d'un même parasite polymorphe ; s'il y avait des parasites différents pour la tierce, la quarte et les fièvres irrégulières, il est vraisemblable que, sur certains points, une de ces espèces règnerait à l'exclusion des autres.

Quant au rapport constant qui devrait exister entre la nature des manifestations cliniques et la forme des éléments parasitaires, si la doctrine de la pluralité des parasites du paludisme était exacte, je n'ai pas réussi à le constater.

Très souvent je n'ai pas rencontré de corps en croissant dans le sang des malades atteints de fièvres palustres irrégulières, bien que ces corps soient signalés par les partisans de la pluralité des espèces de parasites du paludisme comme la forme spéciale à ces fièvres. Par contre, j'ai trouvé des corps en croissant chez un grand nombre de malades qui avaient des fièvres régulières.

Je n'ai pas constaté les différences qui ont été signalées par les auteurs italiens entre les parasites de la tierce et de la quarte, notamment dans le mode de sporulation,

Enfin il m'est arrivé plusieurs fois de trouver chez un même malade, et sans que le typede la fièvre se fût modifié, à un premier examen des corps amiboïdes et à un deuxième des corps en croissant.

Comme je l'ai fait remarquer depuis longtemps, au point de vue clinique comme au point de vue anatomo-pathologique, l'unité du paludisme paraît indiscutable ; l'existence de plusieurs espèces de parasites était donc *a priori* peu probable ; les observations faites sur des malades ayant contracté la fièvre dans les foyers palustres très éloignés les uns des autres fournissent, ce me semble, un très bon argument en faveur de cette opinion.

Sur un procédé de photograhie de la rétine. — M. V. Guinkoff. Il y a quelque temps déjà, en m'occupant des maladies des yeux, je fus frappé des avantages qu'offrirait, pour l'observation clinique et pour l'étude de la région rétinienne en général, la possibilité d'en fixer l'image au moyen de la photographie. Ne pourrait-on pas photographier la rétine ? et de quelle manière ? Tel est le problème que je me suis posé.

Pour photographier un objet quelconque, il faut deux choses : 1° un appareil photographique : 2° cet objet, convenablement éclairé.

L'appareil est un appareil photographique ordinaire ; quant à l'objet, la rétine dans notre cas, nous pouvons bien l'éclairer par la méthode ophtalmoscopique due à Helmholtz, mais il nous est impossible d'en fixer l'image sur la plaque photographique. Tout revient donc à trouver un moyen d'éclairage approprié, qui nous permette d'amener l'image de la rétine sur la plaque sensible.

Après de nombreux essais, je suis parvenu à construire un appareil avec lequel j'ai pu prendre divers clichés de la rétine. Parmi ceux-ci, ceux que j'ai l'honneur de présenter à l'Académie ont été pris par l'auteur sur la rétine de son œil gauche. Un examen, même superficiel, montrera les résultats très satisfaisants auxquels je suis arrivé. La papille, la macula, les vaisseaux visibles à l'ophtalmoscope sont très nettement reproduits. Je compte apporter très prochainement certaines améliorations à mon appareil, notamment en ce qui concerne l'augmentation du champ d'éclairage, ce qui me permettra de prendre d'un coup la presque totalité du fond de l'œil, mais il m'aurait déjà été possible d'arriver à de meilleurs résultats, si j'avais pu disposer d'appareils photographiques perfectionnés, sans parler de l'habileté professionnelle qui me fait défaut dans une certaine mesure.

Je me permets de faire observer les avantages que peut avoir ma méthode au point de vue clinique. Non seulement il est possible de fixer l'image de la rétine dans un temps très court, la pose moyenne étant de deux secondes environ, mais encore l'appareil peut servir comme ophtalmoscope, car il est facile d'observer la rétine sur l'image projetée sur la plaque dépolie. Cette dernière particularité présente l'avantage que de nombreux observateurs peuvent se rendre compte en même temps des faits observés, alors que les ophtalmoscopes les plus perfectionnés ne permettent qu'à trois observateurs au maximum d'observer en même temps.

J'observe encore que la fatigue n'est pas supérieure pour le sujet opéré à celle provoquée par l'observation à l'ophtalmoscope, comme j'ai pu m'en rendre compte par les poses que j'ai subies moi-même.

Il est inutile de rechercher, comme dans la photographie ordinaire, la mise au point de l'appareil. La distance de la plaque sera déterminée d'avance par le pouvoir réfringent de l'œil, qui est connu parfaitement par les moyens ordinaires. Et ce point est à considérer, en raison de la fatigue qu'occasionnerait pour le sujet la mise au point directe. L'appareil étant réglé d'avance, il suffit d'en approcher l'œil à la distance convenable pour qu'on prenne immédiatement le cliché.

Recherches sur la sérothérapie de l'infection urinaire (1) — MM. J. Albarran et E. Mosny. La sérothérapie a été jusqu'ici appliquée à l'homme pour combattre une infection déjà développée ; plus rarement on a essayé la vaccination préventive ; mais les chances de contracter la maladie infectieuse étant très sujettes à discussion, ce mode de préservation a été peu employé. Dans aucun cas on n'a essayé, chez l'homme, d'employer le sérum curateur au moment même où l'infection se fait ; la simultanéité de l'infection et de l'injection de sérum paraît à peu près irréalisable, parce que nous n'assistons presque jamais au moment précis de l'infection.

L'infection urinaire a ceci de particulier que, dans un grand nombre de cas, on peut prévoir que telle manœuvre chirurgicale déterminera, presque à coup sûr, chez un individu dont l'infection est localisée dans les voies urinaires, des accidents généraux qui peuvent revêtir un caractère de haute gravité. C'est dire que la sérothérapie pourra être employée dans l'infection urinaire, non seulement pour combattre les accidents déjà développés, mais encore pour empêcher ceux dont on prévoit l'éclosion à peu près certaine.

(1) Travail du laboratoire de M. le professeur Guyon, à l'hôpital Necker.

Les travaux de l'un de nous, en collaboration avec M. Hallé, ont démontré le rôle prépondérant que joue le coli-bacille dans l'infection urinaire. Quoique d'autres microrganismes puissent déterminer cette infection, on peut dire qu'elle est presque aussi souvent due au *bacterium coli* que la fièvre puerpérale au streptocoque et les angines pseudo-membraneuses au bacille de Lœffler.

Dans cette première note, nous exposerons le résultat des expériences concernant la sérothérapie de la septicémie déterminée par le coli bacille. Nous avons essayé de vacciner des animaux contre le coli, et, en outre, nous avons étudié les propriétés du sérum des animaux vaccinés.

Vaccination. — Nous avons essayé trois méthodes de vaccination :

(A). *Vaccination par injection successive de cultures vivantes.* — Cette méthode, déja employée par d'autres auteurs, est incertaine dans ses résultats : les cultures peu virulentes ne confèrent pas une immunité solide et persistante; les cultures virulentes risquent toujours de tuer l'animal. Les échecs de cette méthode sont particulièrement fréquents chez le cobaye, qui est un animal très réceptif. Chez le lapin, dont la réceptivité est moindre, on peut réussir, avec de grandes précautions, à obtenir un certain degré d'immunité; encore provoque-t-on souvent chez les animaux des suppurations viscérales qui demeurent latentes et ne permettent pas d'utiliser à coup sûr leur sérum.

Chez le chien, la vaccination par des doses croissantes de cultures virulentes détermine une immunité solide. Lorsque l'inoculation est faite sous la peau, on provoque des abcès, parfois très considérables, qui exposent l'animal à des infections secondaires. Nous préférons employer la voie péritonéale, surtout parce que le péritoine du chien est relativement peu sensible à l'action du *B. coli*. C'est ainsi qu'un chien de 8 kilogr. a pu supporter jusqu'à 165 cc. de cultures virulentes tuant le cobaye en douze heures, à la dose de 0 cc. 500.

B. *Vaccination par inoculation de filtrats de macérations d'organes d'animaux morts d'infection colibacillaire.* — Ces filtrats provenant du cobaye, du lapin ou du chien, sont toujours toxiques; mais les effets toxiques qu'ils provoquent sont assez variables et les animaux se rétablissent en quelques jours, lorsque la dose inoculée n'a pas été trop élevée. Ces accidents d'intoxication consistent en une élévation rapide et parfois considérable de la température, de l'amaigrissement et souvent de l'albuminurie.

Une dose de 1 cc. de filtrat vaccine le cobaye contre le double de la dose mortelle de culture inoculée vingt-quatre heures après. Souvent l'immunité est beaucoup plus solide et s'obtient plus rapidement avec des doses moindres de filtrat vaccin.

Les inoculations successives de ces filtrats chez le lapin, donnent plus sûrement une immunité solide que les cultures vivantes; elles permettent aux animaux de supporter jusqu'à plus de vingt fois la dose mortelle de culture.

C. *Vaccination par inoculations alternantes de filtrat et de cultures vivantes.* — Nous avons réussi à faire supporter à nos animaux des doses extrêmement élevées de cultures virulentes, en faisant précéder chaque inoculation virulente d'une injection de filtrat vaccin.

C'est ainsi que nous avons injecté chez un lapin, à doses progressives et alternantes, jusqu'à 68 cc. de filtrat vaccin et 65 cc. de cultures, sans que l'animal que nous avons sacrifié montrât aucune lésion à l'autopsie.

Un animal vacciné par cette méthode alternante peut supporter sans grande réaction, et en une seule inoculation, des doses très considérables de cultures très virulentes.

Sérothérapie. — Nous avons étudié le sérum des animaux vaccinés au double point de vue de son pouvoir curateur. Chez le lapin, le meilleur sérum a été obtenu par la méthode des vaccinations alternantes. Chez le chien, nous n'avons encore essayé que le sérum des animaux vaccinés par inoculations successives de cultures virulentes.

Pouvoir préventif. — L'inoculation de 1/20e de centimètre cube du sérum immunise le cobaye contre la dose mortelle de culture inoculée vingt-quatre heures après. Un cobaye vacciné avec 1/2 centimètre cube de ce sérum a résisté à l'inoculation de 20 fois la dose mortelle de culture faite vingt-quatre heures après.

Nous avons essayé d'inoculer simultanément la culture infectante et le sérum curateur: le mélange, à la dose mortelle de culture, d'une goutte de ce sérum suffit pour empêcher l'animal de succomber.

Pouvoir curateur. — Les cobayes infectés avec deux fois la dose de culture mortelle en vingt-quatre heures pour le témoin survivent lorsque, deux heures après l'inoculation infectante, ils reçoivent 2 cc. de sérum curateur.

Nos expériences poursuivies depuis six mois ont porté sur 250 cobayes, 50 lapins et 6 chiens: les propriétés immunisantes et curatives du sérum que nous avons obtenu s'étant montrées très élevées chez des animaux aussi différents, nous nous sommes crus autorisés à l'employer chez l'homme. Au préalable, nous nous sommes assurés de l'innocuité des injections de sérum Nous publierons plus tard les résultats obtenus; mais, dès aujourd'hui, nous avons tenu à présenter à l'Académie les conclusions de la principale partie expérimentale de nos recherches.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 12 mai. — Présidence de M. Hervieux

Elections. — L'Académie procède à l'élection de deux correspondants nationaux dans la 1re division.

Pour la première place, sur 68 votants, majorité 35, M. Glénard (de Lyon) est élu par 50 voix contre 9 données à M. Mossé, 2 à M. Debierre, 2 à M. Lemaistre, 1 à M. Renou, et 4 à M. Ledouble.

Pour la seconde place sur 68 votants, majorité 35, M. Mossé (de Toulouse), est élu par 53 voix contre 1 à M. Debierre, 7 à M. Lemaistre, 2 à M. Vidal et 5 à M. Ledouble.

Syphilis héréditaire de la moelle épinière. — M. Fournier fait un rapport sur un travail lu récemment par M. Gilles de la Tourette sur les myélopathies hérédo-syphilitiques.

M. Gilles de la Tourette est parvenu à colliger un certain nombre de faits qui lui ont servi à ébaucher l'histoire clinique et anatomo-pathologique des myélopathies dérivant de la syphilis héréditaire. Il a distribué en trois groupes les manifestations médullaires de l'hérédo-syphilis. Ces manifestations peuvent se produire ou bien au cours de la vie intra-utérine, ou bien dans l'enfance, ou bien enfin dans

l'adolescence et même l'âge mûr; elles sont donc *congénitales, précoces* ou *tardives.*

Le premier groupe ne comprend guère que des cas où, réserve faite pour quelques exceptions rares, la clinique perd ses droits et cela parce que les cas de cet ordre sont relatifs à des sujets qui ou bien meurent à courte échéance ou bien, vu leur âge, n'ont que des oxpressions symptomatiques mal définies. L'intérêt de ce groupe se concentre donc sur les constatations anatomo-pathologiques. De ce groupe toutefois émerge le tabes congénital spasmodique, ou maladie de Little. Trois cas qui se sont présentés coup sur coup à M. Gilles de la Tourette et à moi ne nous ont laissé que bien peu de doutes sur une relation de cause à effet entre l'influence hérédo-syphilitique et le syndrôme de Little; suivant toute vraisemblance, la syphilis constitue un facteur possible de cette maladie.

Un second groupe comprend les myélopathies héréditaires qui se produisent au cours de l'enfance, par exemple de deux à huit ans. L'hérédo-syphilis peut réaliser à cette période des paraplégies communes, et plus communément des paraplégies spasmodiques du type Charcot-Erb. A cette période de la vie, on a vu se produire la poliomyélite antérieure.

Le troisième groupe comprend une série de cas relatifs à des myélopathies spécifiques qui se sont produites comme conséquence de l'hérédo-syphilis, à des échéances très distantes du jeune âge, dans l'adolescence, dans la jeunesse et même dans l'âge mûr.

L'hérédo-syphilis de la jeunesse et de l'âge mûr n'est plus actuellement ni récusable, ni récusée en principe, après tous les témoignages qui en ont affirmé d'une façon définitive l'absolue authenticité, mais pratiquement c'est tout autre chose. Si on ne la voit pas on n'en tient guère compte, on n'y pense guère pour la constitution d'un diagnostic.

La vérité clinique par excellence c'est que l'hérédo-syphilis peut aussi bien que la syphilis acquise avoir des échéances tardives et singulièrement distante de son origine.

Cette influence peut s'exercer sur le moelle aussi bien que sur le cerveau, sur la peau, sur les muqueuses, sur les os, sur l'œil, sur l'oreille, sur le poumon, sur le rein. M. Gilles de la Tourette montre des myélopathies spécifiques de divers genres faisant explosion sur des sujets hérédo-syphilitiques à 18, 19, 20, 22, 35, 39, voire 50 ans.

La dernière partie du mémoire de M. Gilles de la Tourette est consacrée à l'étude de faits relatifs au tabes d'origine hérédo-syphilique. Désormais, une enquête sur l'étiologie du tabes ne sera complète que si l'on y fait une place pour les antécédents hérédo-syphilitiques tout aussi bien que pour les antécédents de syphilis acquise.

Myxodermie contracturante hémorrhagique.—M. Lannouzy lit ce travail de la part de M. H. de Brun, correspondant de l'Académie. Voici les conclusions :

Il existe une maladie caractérisée par l'ensemble des phénomènes suivants :

Début brusque par une forte fièvre, du malaise, des vomissements et de la céphalalgie. Apparition rapide des phénomènes typhiques communs à toutes les maladies infectieuses avec prédominance de l'agitation pendant la nuit où le délire prend un caractère particulièrement violent. — Courbe thermique caractérisée par trois périodes : une première pendant laquelle le thermomètre, après avoir atteint d'emblée 39°, oscille pendant huit à dix jours entre 39° et 40° ; une seconde (période d'apyrexie) pendant laquelle la température descend pendant une huitaine de jours aux environs et au-dessous de la normale, une troisième où la température remonte rapidement aux environs de 39°. — Contracture généralisée de tout le système musculaire, surtout accusée au niveau des muscles masticateurs (trismus), des muscles du visage (facies spécial) et des muscles de la nuque (raideur du cou et impossibilité de tourner la tête), altération spéciale de la peau qui devient malléable comme de la cire molle. — Hémorragies sous-cutanées survenant au début de la troisième période, ecchymoses multiples, volumineuses, douloureuses, caractérisées par une large zone blanche qui les entoure et les distingue aussi des ecchymoses qui peuvent se produire dans les autres maladies infectieuses ou dans le scorbut.

Cette maladie est également remarquable par l'absence de météorisme, de taches rosées lenticulaires, d'éruption. Sa durée est de 3 à 4 semaines. Son principe infectieux reste encore à déterminer, cependant on peut affirmer qu'il n'a rien de commun avec le bacilles d'Eberth. Son pronostic est grave.

Le diagnostic de cette affection est relativement faible, grâce à l'existence d'un certain nombre de symptômes véritablement pathognomoniques, qui permettent d'établir nettement son autonomie et de la désigner, jusqu'à concurrence d'une dénomination meilleure, sous le nom de myxodermie contracturante hémorragique.

Eloge de Jenner. — M. Hervieu, à l'occasion du centenaire de la découverte de la vaccine, qui tombe le jeudi 14 mai, lit un éloge de Jenner et de sa découverte.

Traitement des tumeurs malignes de l'homme par les injections de sérum d'âne normal ou préalablement inoculé avec du suc d'épithéliome. — M. Arloing (de Lyon) communique, en son nom et au nom de M. Courmont, un mémoire basé sur dix-neuf observations cliniques. En voici les conclusions :

1° Les injections de sérum d'âne préalablement inoculé avec du suc d'épithéliome, pratiquées chez l'homme au voisinage des tumeurs malignes, sont incapables à elles seules d'amener la disparition de ces tumeurs ou même d'empêcher leur généralisation et l'issue fatale de l'affection.

2° Elles peuvent cependant être utiles en entraînant une diminution momentanée du volume des tumeurs, probablement par une régression de la zone inflammatoire périphérique. Cette action peut être l'origine d'une guérison en rendant opérable une tumeur inopérable avant les injections. Le plus souvent elle fera momentanément disparaître les symptômes de compression, douleurs œdèmes. L'évolution générale de l'affection sera parfois enrayée pour quelques semaines.

3° Le sérum d'âne ainsi préparé nous a paru contenir des substances toxiques qui n'existent pas à égale quantité dans le sérum d'âne normal. Ces substances s'accumulent dans l'organisme ou prédisposent celui-ci, de sorte qu'à un moment donné elles engendrent (au moins chez les cancéreux) des symptômes réactionnels (œdème, purpura, éruptions diverses, etc.) au niveau des piqûres ou même à distance. Ces symptômes apparaissent après la cinquième injection en moyenne et à un délai d'autant plus rapproché de la piqûre qu'on avance davantage dans le traitement ; ils dis-

paraissent au bout de quelques heures ou quelques jours, ils s'accompagnent fréquemment, de symptômes généraux (élévation de température, anorexie, insomnie, etc.). Vers la cinquième injection, les malades refusent de continuer le traitement.

4° Nous avons obtenu avec le sérum d'âne normal la même diminution de volume des tumeurs, sans jamais observer des réactions comparables aux précédentes au niveau des injections.

5° Nous pensons, en conséquence, qu'on peut tenter des injections sous cutanées de sérum au voisinage des tumeurs inopérables lorsque celles-ci pourraient devenir opérables après libération des parties avoisinantes ou lorsqu'elles s'accompagnent de douleurs ou d'œdèmes dus à la compression.

Le sérum d'âne normal sera employé de préférence au sérum d'âne préalablement inoculé avec du suc d'épithéiome et l'usage serait suspendu pour être repris au besoin dès que les réactions locales présentent une intensité qui fatigue les malades.

M. Frémont lit une série d'observations, à l'appui des applications thérapeutiques du suc gastrique dans un certain nombre d'affections gastro-intestinales. Il s'agit de suc gastrique pur obtenu par l'isolement de l'estomac chez le chien.

La séance est levée à 5 heures.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 8 mai. — Présidence de M. d'Heilly

La scarlatine à l'hôpital des Enfants-Malades en 1895. — M. E. Apert (interne des hôpitaux). Le service de la scarlatine à l'hôpital des Enfants-Malades a été fait, en 1895, par MM. Grancher (mois d'été) et Marfan (mois d'hiver). Le service a reçu 256 enfants, mais 237 seulement avaient la scarlatine. Dans 19 cas il y avait eu erreurs de diagnostic, erreurs qui s'expliquent par ce fait qu'il n'existait à l'hôpital des Enfants-Malades aucun endroit pour isoler les enfants dont le diagnostic était incertain. La création d'un service de douteux, ouvert le 1er janvier 1896, est venue combler cette lacune. Deux des enfants admis par erreur ont pris la scarlatine.

La mortalité brute de l'année a été de 5,85 0/0, c'est-à-dire notablement inférieure aux chiffres habituels. Ce résultat est donc relativement satisfaisant, surtout si l'on considère que la moitié des décès est fournie par des enfants apportés mourants du dehors. Les autres décès tiennent aux causes suivantes : broncho-pneumonie 3 ; angine infectieuse secondaire 1 ; tuberculose 1 ; gastro-entérite chez des nourrissons 2.

Les complications les plus souvent notées ont été les suivantes : du côté de la gorge, angines blanches du début (32 0/0) ordinairement bénignes, à exsudat crémeux, parfois pseudo-membraneuses et accompagnées quelquefois de jetage, de ganglions suppurés, d'état infectieux grave ; angines secondaires (7 0/0) affectant ordinairement la forme diphtéroïde, mais jamais on n'y a trouvé le bacille de la diphtérie, toutes étaient à streptocoques. Une seule a entraîné la mort ; adénites suppurées (7 0/0) succédant aux angines graves ; otites suppurées (20 0/0) apparaissant ordinairement au moment où l'angine disparaît.

Du côté des reins, 20 0/0 des malades ont eu, à un moment quelconque, de l'albumine dans l'urine ; mais dans 8 0/0 des cas, il s'agissait d'albuminurie passagère, contemporaine de la période fébrile ; dans 6 0/0 des cas, l'albuminurie est apparue en même temps qu'une complication (angine grave secondaire, suppurations, etc.) et a disparu avec cette complication ; c'est seulement dans 6 0/0 des cas qu'on a observé la néphrite scarlatineuse avec œdème et parfois avec hématurie et anurie. Il faut ajouter que dans les 2/3 des cas, ces néphrites scarlatineuses avaient été acquises au dehors ; 6 seulement ont été prises dans le service, où le régime lacté intégral était la règle absolue.

Les complications pulmonaires et pleurales ont été remarquablement rares : broncho-pneumonies (5 0/0) toujours graves ; pleurésies purulentes (2 0/0). Plus rares encore ont été les complications cardiaques. Un seul cas d'endocardite légère. Les arthralgies (2 0/0), les synovites (1 0/0), les arthrites suppurées (1 0/0) ont été aussi peu fréquentes. Une des arthrites suppurées était à streptocoques. Dans l'autre aucun micro-organisme n'a été trouvé dans le pus.

La statistique par âges montre que la plus grande fréquence a été observée de trois à neuf ans (3/4 des cas). La mortalité a été nulle au-dessus de neuf ans, forte au contraire dans la première et la seconde année (50 et 11 0/0).

La maladie a eu sa plus grande fréquence au printemps et à l'été ; les complications ont été le plus fréquentes en automne ; la mortalité a été la plus forte en hiver (22 0/0) et presque nulle en été en et automne (un seul décès du juin à fin novembre).

32 enfants considérés comme suspects de diphtérie, à cause de leur angine blanche, ont reçu à leur entrée 20 cc. de sérum Roux. 28 0/0 ont fait des éruptions de sérum, ordinairement quatorze jours après l'injection morbilliforme et parfois accompagnées d'arthralgies ; mais jamais elles n'ont été suivies de phénomènes graves, et elles ont toujours disparu en 24 à 28 heures. Leur fréquence concorde bien avec la remarque de M. Sevestre, qui a noté que les éruptions morbilliformes se voient surtout avec les angines à streptocoques.

Deux essais de traitement avec le sérum de Marmorek n'ont pas donné de résultats encourageants.

Le traitement ordinaire s'est borné au régime intégral, à l'acétate d'ammoniaque (1 à 2 gr. par jour pendant la période d'éruption), aux irrigations buccales d'eau bouillie aromatisée, et à l'injection d'huile mentholée dans les fosses nasales pour assurer l'asepsie de ces cavités.

Malgré ces précautions, si la mortalité a été relativement faible, la morbidité du service a été élevée ; 43 0/0 des enfants ont été atteints de complications secondaires survenues dans le service (angines secondaires, otites, ganglions suppurés, albuminuries, broncho-pneumonies, etc., etc.). Cette haute morbidité tient à la défectuosité des locaux. Les scarlatineux, comme du reste les rougeoleux, sont logés à l'hôpital des Enfants dans des salles trop petites, trop sombres, et trop vieilles, sans chambres d'isolement pour les cas compliqués.

La construction de nouveaux services a été reconnue nécessaire, et décidée en principe depuis longtemps ; des fonds ont été alloués dans ce but à l'Assistance publique sur les bénéfices du pari mutuel ; il est à souhaiter que l'on ne tarde pas à commencer les premiers travaux.

M. Le Gendre. — La mortalité de 5.85 0[0 est assurément faible ; elle est cependant supérieure à celle des 450 cas de scarlatine que j'ai soignés l'an passé dans mon service d'Aubervilliers et qui a été de moins de 3 0[0,

Pour ce qui est de la fréquence des otites dans la scarlatine, j'ai remarqué que cette complication était moins fréquente lorsqu'on fait, avec tout le soin voulu, avec des lavages, l'antisepsie de la cavité pharyngienne, mais le résultat est tout autre si les lavages sont pratiqués plus ou moins maladroitement.

M. Marpan. La mortalité de la scarlatine décroît avec l'âge. Or, M. Le Gendre n'a soigné que des adultes à Aubervilliers, ce qui n'est pas du tout le cas aux Enfants-Malades. Les deux statistiques ne sont donc pas comparables. J'ajouterai qu'on a considéré comme favorables, en Allemagne, des statistiques accusant une mortalité de 13 0[0 chez de jeunes sujets.

M. Rendu. La scarlatine paraît sensiblement plus bénigne aujourd'hui qu'il y a quelques années; il ne faut pas oublier, en matière de statistiques, les différences de gravité qu'on remarque d'une épidémie à l'autre.

M. Comby. Dans le dernier trimestre de 1895, aux Enfants-Assistés, M. Marmorek a injecté du sérum antistreptoccique à 96 scarlatineux. La mortalité a été d'un peu plus de 8 0[0. Le moins qu'on puisse en conclure c'est que l'efficacité du sérum est plus que douteuse. En outre les complications, qu'il est censé devoir éviter, ont été plus fréquentes pendant ce trimestre. On a cessé les injections dès que j'ai eu pris possession du service. J'apporterai ultérieurement ma statistique.

Gigantisme et acromégalie. — M. Brissaud. Dans un travail récent fait en collaboration avec M. Meige, nous arrivions aux conclusions suivantes :

1° L'acromégalie est le gigantisme de l'adulte, le gigantisme est l'acromégalie de l'adolescent ;

2° L'acromégalie est une maladie, mais le gigantisme aussi est une maladie, et, qui plus est, c'est la même.

C'est cette conclusion que M. Marie considère comme inexacte, alors qu'à mon sens les dernières observations apportées par M. Marie ne font que la confirmer.

Il me paraît évident que la plupart des géants sont des acromégaliques et, en tous cas, acromégalie et gigantisme ne doivent être considérés que comme l'exagération d'un processus normal.

Si cet excès de développement survient chez un sujet jeune, dont les cartilages ne sont pas ossifiés, l'accroissement se fera dans le sens de la longueur : le sujet deviendra un géant.

Si l'excès de développement survient chez les adultes, l'os s'accroîtra en largeur, dans le sens cubique ; tout dépend donc de l'âge auquel la maladie commence.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Séance du 9 mai. — Prés. de M. Ladreit de Lacharrière

La séance est ouverte à 4 h. 1/4.

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

Correspondance imprimée. — Revues et journaux habituels. — *Revue de polytechnique médicale et chirurgicale.* — Mémoires et comptes-rendus de la Société des sciences médicales de Lyon, tome XXXIV, 1894. — *Gazette hebdomadaire* et *Mercredi médical.* — Travail de M. Moncorvo. — Les eaux d'Evian, par le Dr Chiaïs. — Bulletin de l'Académie royale de médecine de Belgique.

Correspondance manuscrite. — Lettre de M. Castex, remerciant la Société des témoignages de sympathie qu'elle lui a donnés à l'occasion du malheur qu'il vient d'éprouver; lettre de M. Picqué, qui s'excuse de ne pouvoir assister à la séance; lettre de M. Perrin, posant sa candidature au titre de membre honoraire. Cette candidature est soumise à l'examen d'une Commission composée de MM. Rougon, de Beauvais et Duroziez, rapporteur.

M. le président fait observer que la date de la prochaine séance est le 23 mai, c'est-à-dire la veille de la Pentecôte et propose d'avancer cette séance au samedi 16 mai. (Adopté.)

M. le Président informe la Société qu'il a reçu d'une dame, docteur en médecine, une lettre demandant si la Société admet les dames parmi ses membres. Les statuts ne contenant aucune disposition à ce sujet, la Société désigne une commission composée de MM. Leudet, de Beauvais et Polaillon qui se joindront au bureau pour examiner la question et présenter un rapport dans la prochaine séance.

Rapport sur la candidature Ogilvie. — M. Duroziez. L'honorable Mister George Ogilvie a assisté au Centenaire et demande le titre de membre correspondant. Bachelor Sciences Edinburg 1875, Medical Bachelor and College M. 1876. M. Royal College Physician, London 1889(*Paris, Würzburg; Vienna and Florence*).Fellow Royal Medical Chirurgical Society. Membre des Sociétés de pathologie et de neurologie. Ex-membre Sec. Royal Medical Society Edinburg. Médecin de l'hôpital pour l'épilepsie et la paralysie, Regent's Park. Médecin consultant Niger Coast Protectorate. Médecin Office North. Accidents Insurance Co. Exate Iun. Assistant Montrose Royal Asyl. and Lecturer on Exper. Physics Westminster Hospital. Translation from. Dr. Lœffler sur « *The bacillus of glanders* ». New. Sydenham Société. vol. CXVY. Contribution. « *Cas de maladie du cervelet*, cerveau, part. XXXI. *Gliome du thalamus optique*, transactions de la Société de pathologie 1886. *Cas rares de syphilis héréditaire avec remarques sur la kératite interstitielle.* Lancet 1893. *La loi de Colles est-elle mal nommée?* Lancet 1894. *Sur les exceptions à la loi de Colles.* Lancet 1894. *De l'époque d'apparition des accidents syphilitiques du système nerveux et des trois périodes de la syphilis*, Lancet 1895.

Atrophie grise du disque optique avec considérations particulières. Transactions de la Société d'opthalmologie, 1895. *Exceptions à la loi de Colles.* Transactions de la Société médico-chirurgicale, 1896.

Colles est-il, ou n'est-il pas l'auteur de la loi qui porte son nom? (Essai historique). Pas de date. Probablement vers 1885.

Cet essai écrit en français est dédié à la mémoire de Paul Diday, le défenseur infatigable des droits de Colles. La doctrine généralement acceptée, dit M. Ogilvie, d'après laquelle la mère d'un nouveau né, atteint de syphilis héréditaire, ne peut contracter cette maladie au contact de son propre enfant, a été longtemps connue sous le nom de Loi de Colles dans tout le monde médical. C'est Diday qui le

premier en 1854 a donné à cette doctrine le nom de Loi de Colles. « Je n'ai jamais vu ni entendu signaler, dit Colles, un seul cas où un nouveau né syphilitique, allaité par sa propre mère, ait causé l'ulcération des seins maternels, et cela, même lorsqu'il y avait ulcération de la bouche de l'enfant ; tandis qu'il ne s'est rencontré que très peu de cas où un enfant syphilitique n'ait pas infecté une nourrice étrangère, qui avait été jusque-là en bonne santé. »

« Je n'ai jamais observé ni entendu mentionner, dit Colles, un cas où un enfant ayant pris la syphilis de *ses parents*, ait causé l'ulcération du sein de sa mère ».

« Un enfant né d'une mère exempte de tout symptôme vénérien apparent, dit encore Colles, et qui sans avoir été exposé à aucune infection postérieurement à sa naissance, manifeste cette maladie à l'âge de quelques semaines. Cet enfant, dis-je, contaminera la nourrice la plus saine, que cette nourrice l'allaite ou qu'elle ne fasse que le *manier et le changer* ; et cependant on ne voit jamais que cet enfant infecte sa propre mère, même lorsque celle-ci l'allaite pendant qu'il a des ulcères syphilitiques aux lèvres et à la langue. »

Colles *savait* que la mère d'un enfant syphilitique n'a pas le besoin de manifester soit avant, soit après la naissance de l'enfant, un seul symptôme de syphilis, et que dans des cas avérés de syphilis congénitale, l'examen le plus attentif pouvait ne rien révéler que l'existence d'une affection antérieure *chez le père*. J'insiste, dit M. Ogilvie, sur ce fait qui n'a pas été signalé.

Nous n'entrons pas dans la discussion interminable sur le terme *parents* qui ressemble à celle des Provinciales sur le pouvoir prochain. Il nous suffit, comme à M. Ogilvie, que Diday, d'honnête mémoire, à qui on veut imposer la priorité, la renie et la donne à Colles.

Un cas rare de syphilis héréditaire avec remarques sur la kératite interstitielle (écrit en anglais), 1893. — Le cas suivant, avec l'histoire complète de la famille, montre les différentes formes qu'imprime la syphilis du père à sa descendance, sans influence apparente sur la mère, soit en causant la mort de l'enfant dans l'utérus ou tôt après la naissance, soit par transmission visible de la maladie.

La petite vérole a été transmise de la mère à un des enfants dans l'utérus, bien qu'il n'y ait pas eu transmission de la syphilis de la part d'aucun des enfants à la mère.

Chez un des enfants, l'atrophie partielle de la papille a précédé de dix ans le début de la kératite interstitielle, qui apparaît pendant un traitement mercuriel prolongé.

Il était le premier enfant vivant après 7 grossesses.

1. Mort-né à 8 mois, avec éruption syphilitique de la peau.

2, 3, 4. Trois fausses couches.

5 A terme. L'enfant paraît sain et meurt le 3e jour, sans symptôme syphilitique.

6. A terme. Enfant sain, meurt quelques jours après sa naissance.

7. Accouchement de deux jumeaux.

8. A terme. (Notre malade.)

9. Accouchement prématuré. La mère a la petite vérole. L'enfant naît avec le rash variolique et meurt de suite après la naissance.

10, 11. Fausses couches

12. A terme. Jumeaux. L'un meurt quelques heures après la naissance, l'autre quelquee jours après.

13, 14, 15. A terme. Garçons.

16. A terme. Fille.

17. A terme. Fille.

18. A terme. Garçon.

19. A terme. Garçon.

La mère âgée de 40 ans, mais paraissant bien plus jeune, a la santé robuste, est active aux affaires et, à part quelques marques de petite variole, n'a aucun signe de maladie antérieure. M. Ogilvie voit l'enfant âgé de 12 ans 1/2 en août 1892.

Les 7 enfants vivants sont bien portants.

M. Ogilvie intervient dans le débat entre M. Hutchinson et M. Panas. La kératite interstitielle, dit-il, n'est pas vue dans l'enfance par la simple raison qu'elle est un symptôme tardif de la syphilis héréditaire. La syphilis héréditaire de l'enfance se rapporte exactement à la seconde période de la syphilise acquise. La non-apparition de la kératite interstitielle à la naissance ne prouve pas plus contre son origine syphilitique que la non-apparition de la maladie des os et du cerveau dès la première infection, ne prouve contre le caractère spécifique de ces symptômes. L'existence de la kératite interstitielle dans la syphilis acquise est admise par beaucoup des meilleurs observateurs, Alexander, Fournier, Fuchs Haltenhof, Haab, Hirschberg, Horne, Hutchinson, Michel et autres. Si la striation des dents ne coexiste pas toujours avec la kératite interstitielle, c'est que dans la syphilis congénitale aussi bien que dans la syphilis acquise tous les symptomes ne sont nécessairement pas réunis sur le même individu.

La grande majorité des médecins reconnaît la part importante de la syphilis héréditaire dans la production de la kératite interstitielle, comme l'a montré Hutchinson, mais peu de médecins, s'il en est un, admettent avec lui que la kératite interstitielle, dans sa forme typique, soit toujours la conséquence de la syphilis, et suffise pour établir le diagnostic syphilis.

	Nombre des cas	Ponrcentage de la syphilis héréditaire
	—	—
Alexander	102	35.3
Ancke	100	61
Ayres	12	8.3
Cohn	»	6.5
Davidson	»	20
Despagnet	119	14.2
Dictln	18	55.2
Giraud-Teulon	30	46.6
Graefe	»	5
Haltenhof	66	42.7
Horner	51	70.5
Jakowlena	63	57.1
Leplat	28	64.2
Michel	»	55
Nettleship	»	68
Parinaud	32	96.7
Pfister	130	64.6
Sæmisch	»	63
Sedan	34	32.3
Theobald	8	50.0
Trousseau	40	92.5
Wecker	»	66

Les statistiques sont souvent basées sur des points de vue

différents et on doit prendre garde à comparer les résultats. Dans la série de 130 cas de Pfister la striation des dents avait été acceptée à elle seule comme garantie du diagnostic de la syphilis héréditaire et cependant dans 35 4 0[0 rien ne pouvait démontrer la syphilis. Le plus haut pourcentage a été prouvé par Parinaud, mais il admet aussi que la lésion de la cornée n'a rien de spécifique et peut s'observer en dehors de la syphilis. Argument de plus contre la nature exclusivement spécifique de la kératite interstitielle: elle a été observée chez le chien et a été expérimentalement produite chez le lapin par la section des vaisseaux ciliaires. Donc dans l'étiologie de la kératite interstitielle la syphilis joue le rôle le plus important, mais non le rôle unique. Peut-être 60 cas sur 100 sont spécifiques. La lésion de la cornée est un symptôme important de la syphilis, mais dans la même mesure que les autres symptômes de cette maladie polymorphe dont aucun symptôme n'est pathognomonique et dont le diagnostic doit être fait par l'appréciation soigneuse de tous les signes plus que par la foi dans un seul symptôme.

Quant au mode de transmission de la maladie, il est futile de disserter tant que nous ne connaissons pas la nature du virus syphilitique. Certainement beaucoup de traits de la syphilis acquise, aussi bien que la similitude entre beaucoup de symptômes acquis et congénitaux, font penser à un microorganisme. D'un autre côté, la mort fréquente des enfants dans l'utérus, tandis que les symptômes à la naissance sont rares; la mort d'enfants sans apparence après la naissance, sans que la nécropsie révèle aucune maladie visible, et la malformation du crâne attribuée à la périostite dans l'utérus, tandis que les maladies des os se développent seulement dans les périodes avancées, semblent indiquer la transmission de quelques conditions d'affaiblissement ou de quelque diathèse.

Cliniquement ce double aspect de la syphilis héréditaire est bien caractérisé par Fournier. « La syphilis paternelle tue l'enfant plus souvent qu'elle ne se borne à lui transmettre la syphilis. » Même si le microbe de la syphilis est trouvé, de nouvelles recherches auront à montrer le nombre des cas où il doit être considéré comme la cause de la kératite interstitielle.

Je rapporte un cas du syphilis congénitale.

M. J. en 1860, six semaines avant de se marier, s'expose à la contagion; il a des furoncles; un furoncle de la paroi abdominale est infecté. La femme deux mois après le mariage est atteinte de roséole et est enceinte. Elle prend du sublimé. La roséole disparaît promptement; quelques nouveaux accidents légers reparaissent. Elle accouche avant terme d'un enfant très chétif, qu'on met en nourrice. Huit ou quinze jours après la naissance, apparaissent chez l'enfant des bulles et de l'ecthyma lenticulé rare; traitement par le sublimé. Il reste de l'atrophie partielle de la papille. De l'ecthyma impétigineux envahit le pourtour de l'anus, les cuisses, les bras; une pustule à la figure; en quatre ou cinq jours tout disparaît. En même temps les enfants de la nourrice ont des feux de dents, un abcès même et de la gourme; des cataplasmes, du sirop d'iodure de fer suffisent. La nourrice a de l'inflammation des glandes de Meibomius qui guérit rapidement. L'enfant a bon appétit, profite, est gros. Dix ans plus tard il a de la kératite interstitielle. Il vit encore. Une fille a été indemne. Le père et la mère n'ont plus eu d'accidents. Le père est mort. La mère vit.

Epoque d'apparition des accidents syphilitiques du système nerveux et les trois périodes de la syphilis. — Naunyn a donné un travail important sur le pronostic et la thérapie des maladies du système nerveux Il fournit 326 cas dont 70 autopsies, tous choisis soigneusement. Son objectif était le pronostic des maladies syphilitiques du système nerveux. Il a laissé en dehors le tabes, la paralysie générale et la polynévrite où le traitement mercuriel est inutile ou néfaste.

M. Ogilvie attache une grande importance à ce travail qu'il reproduit en partie. Nous donnons quelques conclusions.

« Les accidents nerveux sont une manifestation précoce de la syphilis; ils apparaissent très fréquemment pendant la première année après l'infection; un peu plus fréquents durant les 6 premiers mois que durant les 6 derniers. La fréquence décroît d'année en année.

« Après 40 ans le pronostic est un peu moins favorable.

« Le pronostic est beaucoup plus favorable dans les cas à traitement hâtif, c'est-à-dire avant la fin du premier mois.

« Après les premiers mois les guérisons sont beaucoup moins fréquentes. »

Le nombre des accidents tardifs du système nerveux, dit M. Ogilvie, doit diminuer à mesure que nous sommes plus capables de reconnaître la proportion des maladies nerveuses chez des syphilitiques due à la syphilis et la proportion due à d'autres causes. Toute maladie nerveuse chez un sujet qui a eu la syphilis n'est pas d'origine syphilitique. On a encore la tendance à accepter une histoire de syphilis antécédente comme preuve suffisante de la nature spécifique d'une affection nerveuse, quelqu'éloignée que soit l'époque de l'infection ou de la dernière manifestation certaine de la syphilis. De deux cas d'une affection identique de la troisième paire apparaissant au même âge, entre 50 et 60 ans, l'une chez un malade avec histoire de syphilis datant de 20 ans ou plus, l'autre chez un malade sans histoire, un des cas est diagnostiqué lésion syphilitique tardive, l'autre d'origine sénile probable.

Les lésions syphilitiques du système nerveux ne diffèrent pas en apparence des lésions dues à d'autres causes. Le Dr Ferrier a très justement objecté à l'élévation au rang de maladie *sui generis*, dite paraplégie d'Erb, qu'elle a des symptômes identiques avec d'autres cas de myélite transversale. Erb, dans sa communication originale, parle, du reste, avec la plus grande réserve. Si nous savions mieux faire la différence entre les lésions nerveuses syphilitiques et les lésions nerveuses non syphilitiques chez des syphilitiques, la fréquence des affections tertiaires nerveuses s'effondrerait et la précocité de la syphilis nerveuse éclaterait.

Hutchinson a employé sans avantage le terme, *période du sang* pour la période secondaire. Le sang dans la syphilis est infectieux pendant les premières périodes; les inoculations expérimentales, accidentelles et vaccinales l'ont démontré. De plus les inoculations avec le sang de syphilitiques atteints de symptômes dits tertiaires ont donné jusqu'ici des résultats négatifs. Mais en quoi consiste cette condition infectieuse du sang? Nous sommes incapables cliniquement de décider si cette condition non définie pathologiquement existe chez un malade ou n'existe pas. A quelle période s'étend cet état infectieux? Son absence est-elle la preuve que le virus est éteint? Définir la période

secondaire, comme étant celle durant laquelle le sang est infecté, n'est pas pratique. Dire que l'état infectieux du sang coïncide avec l'époque où la contagion et la transmission héréditaire sont possibles est faire une pure hypothèse. D'après la clinique il est presque certain que la période de transmission possible s'étend plus loin que la période d'infection possible; quoi qu'il en soit je ne vois pas quel usage pratique nous pourrons faire des vues précédentes.

On nous dit par exemple que nous ne devons permettre à personne de se marier pendant la période secondaire ou du sang, et qu'on peut se marier après la période secondaire. Mais qui sait quand la période secondaire est franchie? Qui peut affirmer que la condition supposée d'infection du sang existe ou non? Qui, en face de l'impossibilité de décider cette question, oserait conseiller le mariage?

La réponse doit aujourd'hui reposer entièrement sur notre expérience clinique personnelle et sur l'expérience des autres, quant à la longueur de l'intervalle entre le dernier symptôme et le mariage, ou entre l'infection première et le mariage, afin d'éviter pratiquement le danger de la transmission. On doit s'appuyer sur l'expérience et non sur la théorie.

L'expérience personnelle d'Hutchinson, qui ne concorde pas avec quelques autres autorités, l'a conduit à considérer l'intervalle de deux années entre la date de l'infection première et le mariage comme une garantie suffisante contre tout mal pour la femme ou pour l'enfant. A cette règle il a vu une seule exception, et en conséquence il a traité le malade pendant plus de 20 ans. D'après cette indication de la pratique, il comprend par le terme secondaire les deux premières années. Cependant plus loin il dit que nous devons étendre la période secondaire et lui accorder un délai beaucoup plus long que nous n'avons fait jusqu'ici. Cette extension n'est pas nécessitée par les faits, on n'y gagne rien. Elle est opposée à l'expérience clinique d'Hutchinson et à la règle posée par lui. Si après l'intervalle de deux ans, l'infection et la transmission, qui sont soi-disant dues à la condition du sang, sont pratiquement impossibles, il n'y a pas de raison pour étendre la seconde période. Nous sommes incapables de dire par l'examen d'une goutte de sang sous le microscope ou par tout autre moyen, si le sang est infecté ou non, et nous ne pouvons pas montrer davantage, par l'investigation clinique et bactériologique combinée, si l'absence des bacilles ou de leurs toxines dans le sang donne la moindre garantie contre l'infection ou la transmission. Quand cette absence aura été constatée, et alors seulement, l'expression *période du sang*, aura une signification pratique.

Comme conséquence de l'infection du sang, M. Hutchinson nous enseigne que les symptômes secondaires sont presque toujours symétriques, tandis que dans la troisième période, le virus ayant cessé d'exister dans le sang, nous ne devons plus nous attendre à des phénomènes généraux ou symétriques. Or, les affections nerveuses ne montrent pas plus de tendance à la symétrie pendant une période que pendant l'autre. Montrons de suite les fâcheuses conséquences de cette classification forcée. La kératite interstitielle de la syphilis héréditaire est, suivant M. Hutchinson, toujours symétrique, aussi bien que la surdité fréquemment associée avec elle. Ces deux lésions apparaissent, en règle, à la puberté et parfois beaucoup plus tard. La symétrie constante semble, d'après M. Hutchinson, prouver qu'elles appartiennent à la période secondaire. En conséquence, nous aurions ici une période secondaire allant considérablement plus loin que dix ans. Personne ne voudra maintenir que pendant ce laps de temps la syphilis héréditaire reste infectieuse ou transmissible, et cependant la seconde période était définie celle pendant laquelle le sang infecté rend la contagion et la transmission héréditaire possibles. Ici, la théorie et les faits entrent en conflit, et en essayant d'adapter les uns à l'autre, la contradiction surgit sans solution possible.

Nous n'avons pu vous donner qu'une esquisse des trois travaux, pleins de science et de pratique, que vous a envoyés pour sa candidature l'honorable M. Ogilvie. Vous l'avez vu et apprécié pendant le Centenaire. Nous l'avons tous applaudi. Il parle français, il écrit en français quand il veut. Le style est clair, scientifique, qu'il écrive dans sa langue ou dans la nôtre. M. Ogilvie nous fait honneur en nous demandant son entrée parmi nous.

Votre commission, composée de MM. Besnier, Brossard, Duroziez, rapporteur, vous propose de nommer membre correspondant de la Société de médecine de Paris le savant et honorable M. Ogilvie.

M. Voisin. — Le mois dernier, le hasard m'a permis d'observer un cas absolument en rapport avec ceux rapportés par M. Ogilvie. Il s'agit d'une jeune femme qui, au cours de sa première grossesse, a présenté tout d'un coup les signes d'un kératite intense, avec une tumeur formant une saillie globuleuse au milieu de la cornée, une opacité prononcée, une grande diminution de l'acuité visuelle.

Il n'y a chez cette femme aucune tare syphilitique connue. Je connais depuis longtemps sa famille, ses parents sont très bien portants; elle-même, je n'ai eu à la soigner pendant quelques années que pour des accidents nerveux. Quant à son mari, je ne connais pas ses antécédents, mais il paraît absolument sain. De plus, elle ne m'a parlé d'aucun accident qu'elle aurait eu du côté des organes génitaux.

Je l'ai envoyée à un ophthalmologiste qui a fait le diagnostic de kératite rhumatismale. L'état empirant, je l'ai envoyée à un autre opthalmologiste qui a de suite prescrit du sirop de Gibert. Or, dix jours après le début du traitement, la tumeur de la cornée a complètement disparu. La malade reste avec sa kératite interstitielle, de l'opacité et des adhérences du côté de l'iris. Mais il y a certainement une amélioration qui indique qu'il y a, chez cette femme, une kératite d'origine syphilitique.

M. Abadie. — Doit-on, en présence de l'efficacité du traitement, se hâter d'affirmer l'existence de la syphilis? L'étiologie de la kératite interstitielle ou parenchymateuse (car en ophthalmologie, les deux termes sont à peu près synonymes), est souvent très difficile, souvent on ne trouve absolument rien dans les antécédents; et cependant, même quand l'iétiologie est très obscure, le traitement mercuriel donne toujours des résultats favorables.

Les conclusions favorables du rapport de M. Duroziez sont adoptées; le vote sur la candidature de M. Ogilvie aura lieu dans la prochaine séance.

Présentation d'ouvrages. — M. Censier. Messieurs, j'ai l'honneur de déposer sur leb ureau de la Société de Médecine deux opuscules sur Bagnoles de l'Orne.

Dans le premier, à propos d'une analyse nouvelle de la source thermale, rendue nécessaire par une précédente dont les erreurs avaient causé quelques troubles, et à

suite de quelques considérations sur ce sujet, je redonne le détail de notre thérapeutique, des affections qu'elle peut embrasser dans sa plus large généralisation, mais en ayant soin de rappeler tout d'abord la spécialisation de nos eaux dans les maladies et troubles de la circulation veineuse, en première ligne les phlébites et suites de phlébites.

Le second, qui n'est pas de moi, traite du massage médical et chirurgical qui peut être pratiqué à Bagnoles et contient, sur le massage dans les phlébites, quelques pages que je vous demanderai la permission de vous lire. La signature est celle de la petite nièce de Piorry, l'auteur de l'article « *Massage du Dictionnaire en 60 volumes* ; sa descendante n'est d'ailleurs pas une inconnue pour plusieurs de nous, et Mme Rivière aime à se rappeler la bienveillance et les sympathiques encouragements de MM. les Profs Lefort, Polaillon, Lejars, Robin, Dujardin-Beaumetz, Péan, dans les services desquels elle a fait son stage; depuis quatre années elle vient à Bagnoles pendant la saison, et je lui confie ma clientèle avec la plus entière sécurité.

(*La fin au prochain numéro*()

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 12 mai 1896. — Présidence de M. Ch. MONOD

Tumeur de la vésicule biliaire et rein flottant. — M. SCHWARTZ rapporte deux observations où la vésicule biliaire atteinte de calculs biliaires et cholécystite fut confondue avec une tumeur du rein, lequel était flottant. L'incision lombaire chez les deux malades permit de faire le diagnostic et la néphropexie. Mais pour enlever la vésicule et l'inciser, il fut nécessaire de faire une laparotomie. Les deux malades moururent dans les 48 heures.

La coïncidence du rein mobile et de la cholélithiase a déjà été signalée. J'ai pu trouver un cas analogue aux miens.

Dans quatre autres cas de cholélithiase, j'ai dû intervenir; les malades ont guéri.

On a fourni des arguments pour et contre la cholécystectomie. J'ai été amené à la faire dans le cas que j'ai sous les yeux, par suite des dispositions faciles que présentait la vésicule.

Au triple point de vue de la facilité et de la bénignité, la cholécystectomie est préférable dans certains cas où il y a pédiculisation, perméabilité du cholédoque et évacuation complète des calculs. Dans les cas difficiles, c'est à la cholécystostomie immédiate ou en deux temps qu'il faut recourir.

M. GÉRARD MARCHANT. Peut-on faire le diagnostic des calculs biliaires? et après les avoir constatés, doit-on se contenter d'inciser la vésicule, d'évacuer les calculs ou de supprimer la vésicule.

Je citerai trois observations: 1° Laparotomie qui montra un calcul unique dans la vésicule épaissie: cholécystectomie et guérison; 2° Tumeur que l'on croit être une hépatoptose partielle avec vésicule biliaire épaissie, contenant 41 calculs; cholécystectomie idéale et suites opératoires comme dans le premier cas; 3° Laparotomie; vésicule biliaire dégénérée, se continuant avec un lobule du foie dégénéré, que je pus facilement pédiculer et contenant un calcul. Cholécystectomie et résection du foyer cancéreux dans le lobule hépatique. Guérison immédiate, mais mort quelques mois plus tard par généralisation.

Je pense qu'on a exagéré la difficulté du diagnostic de la vésicule biliaire avec le rein flottant et qu'il peut se faire dans nombre de cas.

Traitement de fistule entéro-vaginale. — M. CHAPUT. Dans un cas où l'avivement au bistouri, au thermo cautère, avait échoué, l'entonnoir vaginal fut avivé avec l'acide nitrique et la guérison fut la suite de ce procédé relativement simple.

A l'occasion de cette observation, M. Chaput examine dans de larges détails les différents procédés qui permettent d'arriver sur la fistule de l'intestin, par la voie sacrée, par la voie abdominale, la voie vaginale et rectale.

Puis une seconde observation, de hernie étranglée suivie de section intestinale et d'anus contre nature avec éperon, qui est une occasion de passer en revue complète et minutieuse tous les procédés que M. Chaput et les auteurs ont proposé, ou mis en œuvre pour tenter la cure de l'anus contre nature.

Tumeur cérébrale. — Présentation du malade guéri par M. BROCA.

Elongation traumatique des nerfs du plexus radial. Compression. Guérison. — Présentation du malade par M. DELORME.

Ectasie lymphatique de l'aine. Hydrocèle. Examen du sang contenant des filaires en grande quantité. — Présentation du malade par M. ROBERT.

F. VERCHÈRE.

NOUVELLES

Corps de santé militaire. — RÉSERVE ET ARMÉE TERRITORIALE. — Par décret, en date du 5 mai 1896, ont été nommés dans le cadre des officiers de réserve et de l'armée territoriale :

Au grade de médecin principal de première classe de l'armée territoriale. — M. Schaumont, médecin principal de première classe de l'armée active, retraité.

Au grade de médecin principal de deuxième classe de l'armée territoriale. — MM Demonceaux, médecin principal de deuxième classe de l'armée active, retraité; Dionis du Séjour, médecin-major de première classe de l'armée active, retraité.

Au grade de médecin-major de première classe de l'armée territoriale. — MM. Guieu, médecin-major de première classe de l'armée active, retraité; Bonhomme-Lacour médecin-major de première classe de l'armée active, retraité.

Au grade de médecin aide-major de deuxième classe de réserve. — MM. les docteurs Chassevant, dont la démission de sous-lieutenant de réserve est acceptée; Rave, Fiquet, Mary, Marie, Angirany, Nègre, Ranglaret, Joubin, Groll, Launay, Boutry, Roché, Maurin, Lefebvre, Vigneron, Durand, Maugard, Treheux, Guyon, Delearde, Teynac, Reverseau, Sarrot, Humbert, Faugère, Baigue, Hubrecht, Ducerf, Nuyts, Saleur, Redhon et Baumelou.

Facultés de médecine. — Mercredi 6 mai 1896, à dix heures, la commission de dépouillement et de recensement des votes pour les élections au Conseil supérieur de l'instruc-

tion publique a constaté que l'ensemble des opérations a donné les résultats suivants :

Nombre des Facultés de médecine, 3; nombre des Facultés mixtes, 4; électeurs inscrits, 273; votants, 202; majorité absolue des suffrages exprimés, 102; nombre de membres à élire, 2.

MM. Pitres, élu, 197 voix; Brouardel, élu, 171 voix; Lannelongue, 17 voix; Labéda, 3 voix; Coyne, Laboulbène, Lépine, Potain et Rault, 1 voix.

Société des médecins inspecteurs des Ecoles. — *Séance du mercredi 20 mai.* Ordre du jour : « Des constructions scolaires ».

Le Dr A.-J. Martin, inspecteur général de l'assainissement de l'habitation et des écoles, assistera à cette séance.

Le bureau prie les membres de la Société d'y venir exactement.

Prix Civiale. — Un concours est ouvert, en 1896, entre les internes titulaires ou provisoires, pour l'attribution du prix biennal de 1,000 francs, fondé par feu le Dr Civiale au profit de l'élève qui aura présenté le travail jugé le meilleur sur les maladies des voies urinaires.

Ce travail devra être déposé au secrétariat général de l'administration avant le 15 décembre 1896, au plus tard.

MM. les internes sont informés que les mémoires qui auraient été déjà présentés pour le concours des prix de l'internat (médaille d'or) ne pourront pas être admis pour le prix Civiale.

Les élèves qui désireraient obtenir des renseignements sur les conditions du concours devront s'adresser au secrétariat général (bureau du service de santé.

Association de la presse médicale française. — *Réunion du 1er mai 1896.* — Le 1er mai a eu lieu le trente-deuxième dîner de l'Association de la Presse médicale française sous la présidence de M. le Pr Cornil. 25 personnes y assistaient.

M. le Dr Sorel (du Havre), représentant *La Normandie médicale* (de Rouen), et M. le Dr Thouvenaint (de Paris), rédacteur en chef de la *Revue internationale de Médecine et de Chirurgie*, ont été élus membre de l'Association. — Sont nommés rapporteurs des candidatures : Drs Déléage (*Revue internationale de Thérapeutique et de Pharmacologie*), De Lavarenne (*Presse médicale*), Lévy (*Revue de Polytechnique*), MM. Chervin, Bardet et Olivier.

Le président a reçu de Russie une lettre de remerciement du secrétaire du Comité central du Congrès international de Moscou (1807). — Le Comité national français d'initiative et de propagande a été définitivement constitué; il fonctionnera à partir du 15 mai prochain.

La Commission du cinquantenaire de l'anesthésie s'occupe activement de la préparation de cette manifestation scientifique et humanitaire.

Le Secrétaire général,
Marcel BAUDOUIN.

La mortalité à Paris. — La statistique municipale a enregistré pendant la 19e semaine (du 3 au 10 mai 1896) 973 décès au lieu de 995 pendant la 18e semaine, et au lieu de la moyenne de la saison (mois de mai) 1010.

Les maladies épidémiques, toujours rares, ont causé 38 décès au lieu de 47 pendant la dernière semaine et au lieu de la moyenne 83.

La fièvre typhoïde a fait 6 victimes (au lieu de 5 et de la moyenne 7), la rougeole 11 (au lieu de 12 et de la moyenne 31), la scarlatine 2 (au lieu de 4 et de la moyenne 5), la coqueluche 6 (au lieu de 8 et de la moyenne 9), la diphtérie 11 (au lieu de 16 et de la moyenne 25); l'année 1895 entre dans le calcul de la moyenne. On a signalé 2 décès par influenza, mais, par contre, aucun par typhus ou variole.

La diarrhée infantile (athrepsie, etc.), a causé 37 décès au-dessous de 1 an, au lieu de 25 et de la moyenne 47.

En outre 21 enfants sont morts de débilité congénitale.

Les maladies inflammatoires des organes de la respiration ont causé 126 décès (au lieu de 143 pendant la semaine précédente et au lieu de 205, moyenne ordinaire de la saison). Ce chiffre se décompose ainsi qu'il suit : Bronchite aiguë, 15 décès (au lieu de la moyenne 21); bronchite chronique, 29 décès (au lieu de la moyenne 33); broncho-pneumonie, 37 décès (chiffre identique à la moyenne); pneumonie, 45 décès (au lieu de la moyenne 54). Les autres maladies de l'appareil respiratoire ont entraîné 37 décès, dont 19 sont dus à la congestion pulmonaire.

La phtisie pulmonaire a causé 208 décès au lieu de la moyenne 198; la méningite tuberculeuse, 36 décès; la méningite simple, 23; les tuberculoses autres que celles qui précèdent ont causé 24 décès; l'apoplexie, la paralysie et le ramollissement cérébral, 56 décès, et les maladies organiques du cœur, 82; le cancer a fait périr 63 personnes. Enfin, 40 vieillards sont morts de débilité sénile.

Il y a eu 17 suicides et 66 autres morts violentes.

On a célébré à Paris 536 mariages.

On a enregistré la naissance de 1113 enfants vivants (569 garçons et 544 filles), dont 813 légitimes et 300 illégitimes. Parmi ces derniers, 32 ont été reconnus immédiatement.

On a déclaré la mise en nourrice de 344 enfants, dont 14 seront placés à Paris. Parmi ces enfants, 76 seront nourris au sein et 268 recevront une autre alimentation.

On a déclaré la naissance de 88 mort-nés, dont 58 légitimes et 30 illégitimes.

Nécrologie. — Le profr Germain Sée, professeur de clinique médicale à l'Hôtel-Dieu, membre de l'Académie de médecine, est mort le 13 mai, avenue Montaigne, à l'âge de 78 ans, d'une maladie qui depuis près de deux ans le tenait éloigné de sa clientèle et de son enseignement. Depuis quelques années surtout, la personnalité de Germain Sée était devenue discutable et l'on aura peine à oublier quelques communications trop retentissantes auxquelles on laissait servir trop facilement la tribune de l'Académie de médecine, mais il faut se rappeler aussi que Germain Sée était un clinicien de premier ordre et qu'il laisse de nombreux travaux qui illustreront justement son nom.

VIN AROUD (viande, quina et fer). — Régénérateur puissant pour guérir : **Chlorose, Anémie profonde, Menstruation douloureuses, Rachitisme, Affections scrofuleuses, Diarrhées**

CHOUSSY **LA BOURBOULE** PERRIÈRE
Anémie, Diabète, Voies respiratoires
MALADIES de la PEAU, RHUMATISMES

PILULES DE QUASSINE FREMINT
Anorexie. Dyspepsie, Constipation, 1 ou 2 av. chaque repas

NUTRITION DES ENFANTS. Farine Vigier, *ne constipant pas.*

Le Gérant : A. CHEVALLEREAU

Paris. — Imp. Alcan-Lévy, 24, rue Chauchat.